

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

DÉFORMATIONS HIPPOCRATIQUES DES DOIGTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1931

PAR

Maurice BORIES

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à CAHORS (Lot), le 30 août 1907.

Examineurs de la Thèse

{	MM. MAURIAC, professeur.....	Président.
	CARLES, professeur.....	Juges.
	FAUGÈRE, agrégé.....	
	DELMAS-MARSALET, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉFORMATIONS HIPPOCRATIQUES

DES DOIGTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1931

PAR

Maurice BORIES

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à CAHORS (Lot), le 30 août 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur.....	<i>Président.</i>
		CARLES, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON GRAND-PERE — A MA GRAND'MERE

A MON PERE — A MA MERE

Avec toute mon affection et ma reconnaissance.

A MA FIANCEE

A MA SOEUR — A MON BEAU-FRERE

A MON ONCLE

MONSIEUR LAFAGE

Directeur d'E. P. S. à Cahors.

A MES ONCLE ET TANTE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ETUDE

A MES ANCIENS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Ancien Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CHARPENTIER

*Professeur à l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELMAS-MARSALET

Médecin des Hôpitaux.

Qui nous a indiqué ce sujet et nous
a aidé dans notre travail. Avec nos
remerciements respectueux.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MAURIAC

*Professeur de clinique médicale,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

En hommage délérent.

AVANT-PROPOS

Nous avons dédié ce modeste travail à tous ceux qui nous sont chers et nous ont donné des marques d'affection et de dévouement.

Pour eux, pour flatter leur sympathie ou faire honneur à leur enseignement, nous avons souhaité présenter mieux.

Nous avons dû accomplir hâtivement une tâche déjà délicate pour nous, et nous demandons pour cette thèse qui nous ouvre grandes les portes de la vie, l'indulgence de tous.

Nous remercions respectueusement M. le Professeur Mauriac, qui nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre jury, et M. le Professeur agrégé Delmas-Marsalet, qui nous a donné ce sujet et aidé dans nos recherches.

Leurs deux noms évoquent en nous le souvenir d'un service où l'on s'instruisait à chaque instant et dont l'organisation et l'agrément avaient fait de nous un élève assidu.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DEFORMATIONS HIPPOCRATIQUES

DES DOIGTS

INTRODUCTION

Les déformations hipocratiques des doigts, sans présenter pour le praticien un gros intérêt au point de vue pathologie locale pure, n'en constituent pas moins un problème pathogénique des plus délicats.

Leur étude a donné lieu à de multiples controverses, ainsi d'ailleurs que la plupart des lésions des extrémités des membres, dont la pathologie est si particulière et relève de relations de trophicité qui échappent souvent à nos moyens d'investigation.

Rencontrées chez des sujets atteints de maladies très différentes, de l'arbre respiratoire ou de l'appareil cardio-vasculaire, elles furent le plus souvent reléguées au rang d'un symptôme de bonne valeur, bien qu'inconstant, parfois étudiées presque comme une complication, au plus fort des discussions pathogéniques.

C'est comme symptôme que nous l'étudierons, à propos de quelques observations de déformations unilatérales publiées ces dernières années et d'une observation inédite que le Professeur agrégé Delmas-Marsalet a bien voulu chercher pour nous dans les archives du service du Professeur Verger.

Nous confronterons nos observations avec les théories pathogéniques qui ont été émises et les troubles anatomo-pathologiques les plus généralement acceptés et tâcherons d'en tirer quelques conclusions.

DEFINITION

Elle était simple et ne prêtait pas à controverses quand Hippocrate décrivit, chez les phtisiques, une déformation en griffe des ongles des mains et des pieds. Une étiologie unique permettait un tableau concis. Mais nous ne pouvons nous empêcher de le comparer à celui que présenta Gerdy parlant des doigts des « dames et petits-mâîtres », dont les ongles trop longs « se recourbent comme les griffes des animaux » et remarquant amèrement que « les artistes de la Grèce antique ne se doutaient pas qu'un jour, les femmes d'un peuple qui a de l'esprit se passionneraient pour des griffes de singe ». Certains raffinements ou certaines négligences du côté des ongles suffisant à créer l'aspect montré par Hippocrate, il fallait en compléter la description, et l'on eut toute une série de termes imaginés tels que : doigt en baguette de tambour, en tête de serpent, en spatule, en bec de perroquet, etc., tous suffisamment suggestifs par eux-mêmes pour donner une idée de la déformation. Mais la complexité de l'étiologie, quelques théories pathogéniques un peu risquées, ne devaient pas manquer de rendre insuffisantes les descriptions précédentes.

C'est pourquoi, après les mensurations d'Esbach, les dissections de Kölliker et de Campbell, les études radiographiques de Telesky, de Reynaud et Audibert, les recherches anatomo-pathologiques de Sabrazès, de Campbell et de Roncato, nous formulerons comme suit notre définition.

Le doigt hippocratique est caractérisé par une hypertrophie de la phalange unguéale, avec incurvation de l'ongle, survenant sans douleur locale et sans lésion osseuse chez un sujet présentant des troubles définitifs ou transitoires de la respiration locale ou générale.

HISTORIQUE

Depuis Hippocrate et jusqu'en 1832, l'étude du doigt hippocratique se borna à sa courte constatation fréquente chez les tuberculeux et à la description de l'aspect extérieur du doigt.

Arétée de Cappadoce, Sauvage, Duret, Blandin, Faye, admettent sa présence chez beaucoup de phtisiques sans s'inquiéter de l'anatomie pathologique, ni de la pathogénie, ni de la valeur séméiologique qu'on peut lui donner comme élément de diagnostic ou de pronostic de leur mal.

C'est Pigeaux (1832), et après lui Trousseau (1834), qui remirent en honneur cette question, en posant le problème de la valeur de ce signe pour le diagnostic de la tuberculose. Ils concluent en le déclarant presque exclusivement propre aux tuberculeux et en relation constante avec le retentissement des lésions sur l'état général. Les observations de Vernois (1839) vinrent plaider dans le même sens. Les troubles le plus généralement incriminés étaient d'ordre toxique ou respiratoire.

C'est alors que Caron (1862), Meillet (1874), Ulmo y Tuffier (1875), Esbach (1876), vinrent mettre en faveur des conceptions étiologiques ou pathogéniques différentes; les déformations avaient été rencontrées, non seulement chez les tuberculeux, mais chez des sujets atteints de maladies pleuro-pulmonaires différentes (bronchectasies, abcès du poumon, pleurésies purulentes), ou de lésions cardio-vasculaires (cyanose congénitale, anévrisme de l'aorte), dont quelques observations précédemment connues n'avaient pas été interprétées.

En 1890, Pierre Marie décrit, sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, une déformation rappelant le doigt hippocratique par son étiologie pulmonaire et son aspect extérieur, s'accompagnant de lésions osseuses. Il devient dès lors difficile d'en séparer l'étude de ces deux formes, puisque l'on trouve des descriptions de doigts hippocratiques avec lésions osseuses et d'autres, sous le titre d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, avec lésions osseuses inconstantes. Quoi qu'il en soit, les radiographies de Telecky (1897), à la suite de la thèse de Galaine (1893), firent naître une foule d'observations et d'articles de Mayeux (1900). Parmentier et Castaigne (1901), Bécère (1904), concluant à la dualité de ces déformations, dont le diagnostic différentiel fut formulé par Bezançon et de Jong (1904).

De 1904 à 1920, on ne trouve que quelques observations originales, venant apporter un élément nouveau aux facteurs étiologiques déjà nombreux : blessures des nerfs (Mme Athanassée Benisty, 1914), varices des membres (Souques, 1919), déformations sans cause apparente (cas de Weber; F. Parker-Weber, 1918; Eiselberg, 1911).

En 1921, les communications de Gallavardin et Laugeron, celles de Hatzieganu (1923), de Gallavardin et Gravie (1925) vinrent à l'appui de la thèse de Moline (1920), qui attache à ce symptôme une grosse valeur dans le pronostic des endocardites évolutives.

En 1927, Roncato, dans un remarquable travail de synthèse, résuma les notions étiologiques et pathogéniques précédemment connues et y ajouta des études anatomo-pathologiques personnelles et originales dont nous aurons souvent à nous servir dans les pages qui suivent.

La même année, Adler et Sinck étudièrent la possibilité de rétrocessions de ces déformations et conclurent par l'affirmative, confirmant ainsi une notion généralement adoptée.

L'étude des doigts hippocratiques d'une seule main est assez récente, bien que Roncato en fasse remonter la première observation à Ogle (1856). Elle est surtout due aux travaux

de Reynaud et Audibert (1901), de Béclère (1904), Pigney (1920) et Campbell (1924). Il semble qu'elle présente, du point de vue anatomo-pathologique un intérêt considérable, puisqu'elle permet l'étude comparative du côté sain et du côté anormal. Mais sa rareté crée un obstacle insurmontable à des études en série.

ETIOLOGIE

La présence de doigts hippocratiques a été constatée dans une foule de maladies, à action locale ou générale. Nous avons cru bon de les classer dans le tableau synoptique ci-joint, en faisant suivre du nom de l'auteur qui les a présentés les cas les plus exceptionnels.

Nous avons essayé de montrer la présence constante de deux éléments étiologiques importants :

a) Pour les maladies pulmonaires : l'insuffisance respiratoire coïncidant avec l'infection ou les troubles vasculaires.

b) Pour les maladies de l'appareil cardiovasculaire : l'insuffisance circulaire en relations avec les troubles pulmonaires, les troubles de compression veineuse ou nerveuse ou les troubles infectieux.

c) Pour les maladies infectieuses générales, la coexistence des troubles circulatoires; pour les maladies locales, la possibilité d'une action de voisinage.

Seules les rares observations publiées de cancer du poumon, de pyélonéphrites, de cystite et de suppurations locales lentes ayant amené la formation de doigts hippocratiques semblent ne présenter qu'un de ces éléments.

Retenons que l'étiologie de beaucoup la plus fréquente est réalisée par les suppurations pleuro-pulmonaires; les malformations congénitales du cœur et les anévrismes des gros vaisseaux.

Dans tous les autres cas, il s'agit de trouvailles cliniques rares, sinon exceptionnelles.

Maladies où la présence de doigts hippocratiques a été constatée.

Appareil pleuro-pulmonaire.....	Avec infection.....	(<i>Tuberculose pulmonaire.</i> <i>Abcès du poulmon (Adler et Sink).</i> <i>Pneumonie (Campbell).</i> <i>Broncheetastes.</i> <i>Bronchites chroniques.</i> <i>Pleurésies purulentes (Bailly).</i>
	Sans infection.....	(<i>Cancer du poulmon (Campbell):</i> <i>Emphysème pulmonaire.</i>
Appareil cardio-vasculaire.....	Sans infection ni compression...	(<i>Malformations congénitales du cœur (Sénac-Durogier).</i> <i>Cyanose tardive.</i> <i>Cyanose paroxystique.</i> <i>Rétrécissement de l'artère pulmonaire (Béclère).</i> <i>Insuffisance et rétrécissement aortique (Laignel-Lavastine.</i> <i>V. Ballet).</i>
	Avec compression probable.....	(<i>Anévrismes de l'aorte.</i> <i>Anévrismes de la sous-clavière.</i> <i>Varices des membres (Souques).</i>
	Avec infection.....	(<i>Endocardites à poussées évolutives.</i>
	Avec troubles généralisés.....	(<i>Cyanose entérogène de Stokvis.</i> <i>Cirrloses biliaires (Chatin-Cade).</i> <i>Néphrite chronique (Chatin-Cade).</i> <i>Paludisme.</i>
Infections.....	Lésions à distance	(<i>Pyélonéphrites (Marfour).</i> <i>Cystites.</i> <i>Suppurations lentes.</i>
	Action de voisinage sur les extrémités.....	(<i>Mal de Pott (Tridon).</i> <i>Arthrites phalango-phalangiennes (P. Marie et Béhague).</i> <i>Rhumatisme blennorrhagique (Bizard).</i>
Lésions traumatiques.	Lésions traumatiques locales...	(<i>Névralgies dans les vieilles luxations de l'épaule (Klauser).</i> <i>Blessures des nerfs (Mme Athanassée-Benisty).</i>

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Extérieurement, la dernière phalange apparaît élargie vers le milieu de sa longueur, agrandie dans tous ses diamètres, sauf dans le sens de sa longueur. La teinte en est cyanotique, nettement tranchée avec celle du reste du doigt. L'ongle est élargi et s'incurve en verre de montre, son extrémité distale se recourbant vers la pulpe.

Sur une coupe sagittale du doigt, on constate que l'os est le plus souvent intact et que l'aspect extérieur résulte de l'hypertrophie des parties molles et de la peau. Tous les auteurs sont d'accord sur ces points-là, ainsi que sur le siège anatomique de l'hypertrophie maxima : entre l'os phalangette et l'ongle, vers le milieu de sa longueur. Ceci permet de concevoir un mécanisme unique de bascule de l'ongle, refoulé au niveau de sa racine par une poussée centrifuge. Ce mécanisme, précisé par Esbach, n'a jamais été combattu depuis.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne les troubles histo-pathologiques constatés.

D'après certains auteurs, l'œdème, surtout, serait cause de cette hypertrophie.

Campbell nie même toute autre altération et écrit : « Les fibres du tissu conjonctif, au lieu de former des amas compacts, comme on le voit dans la section du doigt normal, sont nettement séparées les unes des autres en maints endroits. Il n'y a pas d'épaississement fibreux du rete unicosum, pas de dilatation des anses vasculaires sous l'ongle, pas d'accroissement du tissu conjonctif, pas d'excès de graisse. ».

D'autres auteurs, et ils sont plus nombreux, admettent des

proliférations cellulaires ou des altérations vasculaires. Kölliker-Esbach, Labeit et Sabrazès, Buhl, Freytag, Liebermeister et Buyzard, et plus tard Roncato, ont constaté :

Des oblitérations vasculaires du lit de l'ongle (Kölliker, cité par Ancel).

Des dilatations variqueuses avec hypertrophie des parois des veinules et accroissement des vasa vasorum (Sabrazès, Roncato).

La multiplication des anses des capillaires veineux (Roncato).

La prolifération des cellules épithéliales (Esbach), conjonctives et graisseuses (Buhl, Freytag, Liebermeister, Buyzard).

Pigeaux constate l'œdème, mais admet les proliférations cellulaires : « La pulpe du doigt est assez dense, assez généralement injectée ou infiltrée d'une sérosité plus ou moins teintée de sang. Le tissu cellulaire graisseux y prédomine, surtout à la face palmaire. La peau m'a paru un peu plus épaisse qu'à l'état normal. »

Roncato utilise dans l'étude de cette anatomie pathologique deux nouvelles méthodes d'investigations :

La capillaroscopie;

L'hématimétrie.

Au capillaroscope, il constate l'augmentation du tractus capillaire veineux dans toutes ses dimensions : l'allongement des anses et leur multiplication en nombre, l'épaississement des parois. Les capillaires artériels ne sont pas touchés.

Les numérations globulaires pratiquées dans différents cas lui ont donné les chiffres suivants pour le sang de la pulpe et celui du lobule de l'oreille :

	Poulpe du doigt	Lobe de l'oreille
Endocardite lente	5.000.000	4.200.000
Emphysème pulmonaire	6.000.000	5.000.000
Tuberculose du sommet.....	4.600.000	4.000.000
Pleurésie bilatérale	3.200.000	3.000.000
Abcès du poumon	3.600.000	3.200.000

ce qui donne, entre les teneurs en globules du sang de la pulpe et du sang du lobe de l'oreille, une différence qui n'existe pas normalement, ainsi qu'il résulte des numérations de Malassez pour le sang des diverses parties du corps.

Nous retiendrons surtout, au point de vue anatomo-pathologique :

- 1° L'intégrité de l'os phalange;
- 2° Les proliférations et dilatations capillaires veineuses, entre la phalange et le lit de l'ongle;
- 3° l'hyperglobulie locale,

et de façon inconstante :

- 1° L'hyperplasie du tissu cellulaire conjonctif et graisseux;
 - 2° L'infiltration séreuse.
-

OBSERVATIONS DE DEFORMATIONS HIPPOCRATIQUES UNILATERALES

Observation princeps (Inédite).

OBSERVATION I.

Mme veuve S..., 58 ans, journalière, vient à la consultation du Professeur Verger, le 18 avril 1929, pour dysphonie et dyspnée.

Au mois de juin 1927, rentrant de son travail, elle a été prise brusquement d'une crise de dyspnée intense, en même temps qu'elle constate que sa voix est brusquement changée. Son bras droit, déjà fatigable, devient impotent, ainsi que sa jambe droite. De ce jour, la dyspnée est constante, se compliquant, la nuit, de crises d'étouffement.

Au mois d'août 1927, est survenue subitement une douleur en ceinture, occupant tout le côté gauche, qui a duré deux mois et a disparu d'un seul coup.

En février 1928, douleur dans la région scapulaire droite, cyanose dans le membre supérieur droit et diminution considérable de la force. Cette douleur existe encore, mais semble diminuer d'acuité.

Elle a présenté de plus, au début, de la dysphagie, avec gargouillements au passage des aliments. Elle s'engouait facilement et n'absorbait plus que des liquides.

Actuellement, la dysphagie et la dyspnée régressent ainsi que l'impotence du membre inférieur droit. Par contre, le membre supérieur est de plus en plus impotent.

Dans les antécédents, on relève une histoire de plaies ulcéreuses

de la jambe droite, qui, survenues il y a sept ans, ont été traitées au nitrate d'argent, et ont laissé des cicatrices cuivrées — 6 enfants dont 4 vivants — pas de fausses couches.

Examen. — La dyspnée est peu intense, mais réapparaît au moindre effort. La dysphagie persiste. L'engouement est facile. La voix est bitonale.

On constate de l'inégalité pupillaire, un ptosis léger à droite, de l'empâtement de l'hémiface droite, avec une légère déviation de la commissure labiale vers la gauche. Douleurs dans la région scapulaire droite. Le membre supérieur droit est cyanosé, les ongles sont cyanotiques et incurvés, la pulpe des doigts est hypertrophiée, réalisant l'aspect du doigt hippocratique.

La main droite se fatigue vite. La force est diminuée. L'hypoesthésie remonte jusqu'au cou.

Si l'on fait lever le bras de la malade, on constate une syncope blanche locale de la main, remplacée, si on abaisse le membre, par une cyanose considérable.

La température de ce membre est abaissée par rapport à celle du membre opposé. Le pouls est imperceptible, et il n'y a pas d'indice oscillométrique au Pachon pour le membre supérieur droit.

Une légère toux spasmodique, le matin, traduit l'irritation du pneumogastrique.

La douleur, provoquée au niveau de la V^e racine dorsale droite, s'irradie jusqu'au creux axillaire.

Du côté de l'appareil cardio-vasculaire, on constate, à l'inspection, une distension considérable des jugulaires externes.

On sent battre les troncs carotidiens, et le pouls trachéal est très nettement perceptible. L'impulsion du choc cardiaque se fait sentir dans toute la région précordiale.

A la percussion, on constate une augmentation de la matité transversale de la région préaortique.

L'auscultation révèle un léger souffle systolique à l'orifice aortique, et un souffle trachéal net à droite et en avant. L'étude des troubles nerveux montre une diminution considérable de la motricité active des membres supérieur et inférieur droits, une boiterie légère à droite, sans troubles de la motricité passive ni de la

coordination. Hypoesthésie des deux membres droits. Réflexes pupillaires, rotuliens, achilléens, plantaires et cutanés normaux.

On constate une ossification des ligaments rotuliens, et la présence de formations fibreuses, de couleur cuivrée, en forme de demi-lune, sur les faces externe et postérieure du tiers inférieur de la jambe droite.

Réaction de Bordet-Wassermann fortement positive dans le sang.

L'examen radioscopique révèle :

Une augmentation de volume du cœur, également accusée dans tous les diamètres; l'accroissement du diamètre transversal du pédicule basal aortico-cave, et une ectasie aortique du type sacculaire, portant sur la portion ascendante de la crosse aortique, qui est elle-même volumineuse et surélevée;

Une radiographie des mains montre qu'il n'existe aucune altération du squelette, ni dans ses dimensions ni dans sa perméabilité aux rayons, alors que les parties molles des phalanges sont nettement augmentées dans leur épaisseur.

En résumé, et en ce qui concerne notre thèse, nous notons la présence de doigts hippocratiques de la main droite chez une malade présentant des troubles nerveux et vasculaires du même côté, dus à un anévrisme de la portion ascendante de la crosse aortique.

Cette observation posée, comment pouvons-nous interpréter les symptômes locaux qui nous intéressent.

La suppression de l'indice oscillométrique, la syncope blanche si l'on élève le membre, la cyanose si on l'abaisse, traduisent l'inertie vasculaire. Cette inertie est totale, et existe aussi bien dans la circulation de retour que dans la circulation d'arrivée, puisque les vaisseaux se vident aussi vite qu'ils se remplissent.

S'il s'agissait seulement d'une gêne au flux veineux, par compression ou coudure, la localisation à droite serait illogique. L'ectasie aortique siège sur la portion ascendante de ce vaisseau, donc en amont de l'origine de tous les vaisseaux artériels. Il en résulterait, si l'ectasie seule provoquait les

troubles observés, que ces troubles seraient généralisés. Il ne nous paraît donc pas que la viciation de l'ondée sanguine explique des symptômes unilatéraux, du moins à elle seule. S'y adjoint-il des phénomènes de compression veineuse? Ils ne sont pas apparents chez la malade de l'observation I, et s'ils existaient, sur quels troncs pourraient-ils, anatomiquement, porter? S'il s'agit de compression de la branche droite de l'artère pulmonaire, les vices de respiration porteront sur tout le corps, et en particulier sur les quatre extrémités des membres. S'il s'agit simplement d'une compression de la veine cave supérieure ou des troncs brachio-céphaliques, ou bien les lésions seront bilatérales, et localisées aux deux membres supérieurs, ou bien elles seront primitivement localisées à gauche, puisque le tronc brachio-céphalique gauche, se continuant avec la veine cave supérieure, vient embrasser la convexité de la crosse aortique surélevée.

Or, chez notre malade, les troubles siègent à droite et il en est de même dans les observations de Bernhard (XIII) et de Pigney (VII), où l'ectasie intéresse la portion ascendante de la crosse aortique. *A fortiori* en est-il de même dans les cas d'anévrisme de la sous-clavière droite : malades de Bécclère (X), de Meygret (XI), de P. Marie et Béhague (II), et de Regnault (V).

Nous ne croyons donc pas que l'anévrisme agisse par les seules modifications qu'il apporte, à la transmission du courant sanguin, ni en gênant le retour du sang par compression des veines.

D'autre part, on ne peut qu'être frappé, chez notre malade, ainsi que chez celui de S. Marie et Béhague (II), de l'importance considérable des symptômes nerveux, sensitivo-moteurs et vaso-moteurs : dysphonie, engouement, névralgies, impotence fonctionnelle des membres, syncope blanche et cyanose, syndrome sympathique cervical.

La compression du sympathique nous paraît donc jouer un rôle à rapprocher des conditions défectueuses de la circulation d'arrivée, conditions dues à la présence même de

l'anévrisme, sans tenir compte de son action compressive. Son action mécanique de poche élastique créant une dérivation au courant systolique et prolongeant le flux diastolique, ainsi qu'il résulte des expériences de Marey, pouvant peut-être être aggravée par l'interruption de la continuité des excitations vaso-motrices, le long des artères, pendant leurs alternatives de réplétion et de déplétion. Mais ceci n'est qu'une hypothèse.

Nous retiendrons donc de ces observations de doigts hipocratiques d'un seul côté deux éléments.

1° La diminution de l'ondée sanguine réalisant l'hypotension artérielle avec indice oscillométrique diminué ou nul.

2° Un deuxième facteur, qui, en cas de tumeur anévrismale ou autre, peut résulter de la compression des fibres sympathiques.

Ce facteur est susceptible d'exister dans les diverses observations que nous avons pu trouver, sauf dans celle du malade de Souques (XI), dont l'étiologie des varices d'un seul membre n'est pas précisée.

Autres observations.

OBSERVATION II.

(P. MARIE et BÉHAGUE, Société de neurologie, 2 mai 1917.)

Il y a vingt mois environ, cet homme a commencé à ressentir des douleurs vives et lancinantes dans l'épaule droite. Peu à peu, ces douleurs se sont étendues au bras, au coude, à l'avant-bras et à la main. C'est à ce moment, il y a quatre mois environ, que le malade remarqua le développement anormal de la main droite. Celle-ci, en effet, est augmentée de volume dans ses trois segments, doigts, paumes et poignet, tandis que l'épaule, le bras, le coude et l'avant-bras sont normaux.

Cette augmentation est surtout apparente pour le pouce.

La peau du pouce droit est bleutée, lisse et tendue, et on ne constate pas les sillons et plis de flexion ordinaires.

L'ongle est très grand (2 cm. 3 au lieu de 1 cm. 7 à gauche). En outre, la striation longitudinale est très marquée. L'ongle est dur. La lunule, plus grande que du côté sain, tranche nettement du reste de la substance cornée par un sillon bleu foncé. Enfin, l'ongle tout entier est incurvé en tous sens, simulant un parfait verre de montre.

Les autres doigts présentent des déformations analogues : doigts en baguette de tambour, peau lisse, bleutée et tendue; ongle en verre de montre et de dimensions considérables.

La paume de la main n'échappe pas à cette augmentation; si la longueur est la même à droite et à gauche, il n'en est plus de même de la largeur, qui, mesurée au niveau du pli de flexion du pouce, l'emporte à droite de 1 cm. $\frac{1}{2}$.

A la palpation, on sent une petite saillie osseuse à la face palmaire de la tête du IV^e métacarpien et une autre sur la face externe de la tête du II^e. Ces saillies sont douloureuses et gênent le malade dans les différents mouvements de la main, qui sont cependant tous possibles.

Le poignet est relativement moins augmenté que les doigts et la main.

La radiographie montre qu'il n'y a aucune anomalie osseuse. A droite et à gauche, os du carpe, métacarpiens et phalanges ont tous même longueur, même largeur, même opacité.

En examinant le malade, on constate une tumeur expansive et pulsatile, du volume d'un œuf de poule, siégeant en arrière du milieu de la clavicule droite. Il s'agit nettement d'un anévrisme de la sous-clavière.

L'examen du cœur montre une matité élargie remontant jusque sous la sous-clavière droite et un abaissement notable de la pointe, tandis que l'auscultation révèle un souffle doux systolique, se propageant le long du bord droit du sternum et un souffle rugueux diastolique. Le pouls bat à 88. Il est ample, fort, régulier, synchrone.

T. A. Pachon :

Mx, 26 D.; 25 G.

Mn, 10 D.; 11 G.

OBSERVATION III.

(Pierre MARIE et BÉHAGUE.)

Cet autre sujet présente une augmentation de volume isolée du troisième orteil droit, qui est en forme de massue, avec une extrémité énorme, portée par une phalange relativement peu hypertrophiée. La peau est lisse, tendue, bleutée. Les sillons articulaires ne s'y dessinent plus. L'ongle est augmenté, tant dans sa longueur que dans sa largeur, et en verre de montre, donc hippocratique. Mais ici, il y a hyperesthésie de l'orteil et de tout le dos du pied et de grosses lésions osseuses révélées par la radiographie. L'os est déformé. L'interligne phalangetto-phalangettienne est entièrement disparue.

Cet homme a reçu une blessure par éclat d'obus le 14 octobre 1914 au niveau du dos du pied : blessure superficielle, intéressant la peau du II^e espace intermétatarsien. Deux mois après, il a commencé à souffrir du troisième orteil. Peu à peu, il a augmenté, et le malade a boité. Le pied est en abduction et rotation externe.

Pas de syphilis. Inégalité pupillaire $G < D$, qui réagit moins vite que G.

Réflexes rotuliens et achilléens plus vifs à droite qu'à gauche. Réflexe contra-latéral du côté droit.

T. A. Pachon :

Mx, 21 G., 20,5 D.

Mn, 10 G., 10 D.

OBSERVATION IV.

(Souques, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, mars 1919.)

Femme de 47 ans. B.W. $> O$. Présentant des varices du bras gauche et des déformations hippocratiques du même côté. Cœur et poumons sains.

OBSERVATION V.

(REGNAULT, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*,
31 oct. 1919.)

Soldat serbe, B..., 34 ans. Blessé au tiers supérieur du bras droit. Quelque temps après, anévrisme faux primitif de la grosseur d'une tête de nouveau-né, dans la région deltoïdienne. La peau est lisse, rougeâtre, tuméfiée, sphacélique. Les ongles de la main droite sont hippocratiques, ceux de la main gauche sont normaux. Ce sujet fut opéré et guéri, mais les lésions hippocratiques ont persisté.

OBSERVATION VI.

(L.-J. BAUN, *Revue médicale*, déc. 1919.)

Homme. Syphilitique avéré. Anévrisme de la sous-clavière gauche. Doigts hippocratiques à gauche.

OBSERVATION VII.

(PIGNEY, thèse Paris, 1920.)

Projectile de l'aisselle. Hippocratisme unilatéral.

OBSERVATION VIII.

(PIGNEY, thèse Paris, 1920.)

Homme, 51 ans. Ectasie aortique. Portion ascendante de la crosse. Doigts hippocratiques à droite.

OBSERVATION IX.

(BERENT, 1903, citée par Roncato.)

Homme, 56 ans, présentant un anévrisme de la sous-clavière gauche, Doigts hippocratiques à gauche. Pas de lésions osseuses à la radiographie.

OBSERVATION X.

(BÉCLÈRE, 1904.)

Homme de 46 ans. Anévrisme de la sous-clavière droite. Doigts hippocratiques à droite. Pas de lésions osseuses.

OBSERVATION XI.

(MEYGRET, 1906.)

Homme de 65 ans. Rétrécissement de la veine sous-clavière droite après accident inflammatoire. Déformations hippocratiques à droite, précédées de cyanose de la main et de l'avant-bras.

OBSERVATION XII.

(GROËNDEL, *Munch. med. Wochenschr.*, 1906.)

Homme de 47 ans. Ectasie de la sous-clavière gauche. Cyanose et hypothermie du bras gauche. Doigts hippocratiques à gauche.

OBSERVATION XIII.

BERNHARD (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1906.)

Homme de 62 ans. Ectasie de l'aorte, d'origine spécifique. Doigts hippocratiques à droite.

OBSERVATION XIV.

(EBSTEIN, 1910, citée par RONCATO.)

Anévrisme de la sous-clavière. Doigts hippocratiques du côté correspondant.

OBSERVATION XV.

(FÖSTER, 1913, du même.)

Anévrisme de la crosse de l'aorte et de la sous-clavière gauche. Doigts hippocratiques gauches. Pas de lésions osseuses.

OBSERVATION XVI.

(MUNTIEGAN, 1916, du même.)

Anévrisme de la crosse de l'aorte. Doigts hippocratiques à gauche.

THEORIES PATHOGENIQUES

Elles sont nombreuses. Chaque découverte clinique inédite aboutissant à une étiologie différente des étiologies précédemment reconnues aboutissait à une formule pathogénique nouvelle.

Nous allons les énoncer et verrons en même temps l'historique de la question pendant tout le siècle dernier.

THÉORIE TROPHIQUE DE LAËNNEC (d'après Roncato). — Il n'y a pas hypertrophie absolue, mais relative, de la phalange unguéale. Le reste du doigt est amaigri, comme tout le corps, chez les cachectiques, tuberculeux en particulier.

THÉORIE DU TROUBLE DE L'HÉMATOSE DE PIGEAUX (1832). — Les doigts hyppocratiques sont rares chez les sujets cachectiques non tuberculeux. On doit donc admettre le rôle actif de la gêne respiratoire, sinon comme agent unique, du moins comme adjuvant de cette déformation.

THÉORIE DE LA FORMATION DE L'ŒDÈME DE PIGEAUX (1832). — Certains tuberculeux, non cachectiques, en sont atteints. Il y a donc accroissement de volume réel. Il serait dû à une infiltration œdémateuse, dont la localisation s'expliquerait par la laxité du tissu cellulaire de la pulpe du doigt.

THÉORIE TOXI-MÉCANIQUE DE LABALBARRY (1863). — Pour Labalbarry, la stase veineuse facilite le dépôt de toxines au niveau de la pulpe. Ces toxines, d'origine hétérogène, entretiennent la dilatation vasculaire et la stase.

THÉORIE DE LA DÉCHÉANCE VASCULAIRE D'ESBACH (1876). — Il admet la formation d'un œdème, mais secondairement à l'hypertrophie de la matrice unguéale, cette dernière était réalisée par la distension des veinules dont les parois ont perdu leur élasticité. Cette déchéance des vaisseaux de la pulpe est facilitée par l'insuffisance de fonction et le défaut de nutrition des vaisseaux.

THÉORIE DE L'HYPERGLOBULIE ASPHYXIQUE DE GALAINE (1890). — L'organisme se défendrait contre la mauvaise respiration locale par une stagnation des globules rouges, plus considérable même que la stagnation du plasma.

THÉORIE DE L'AUTO-INTOXICATION LOCALE DE LEGENDRE (1893). — Il s'agirait moins d'asphyxie que du défaut d'élimination des déchets nutritifs.

THÉORIE DES COMPRESSIONS VEINEUSES DE BÉCLÈRE (1904). — L'hippocratisme existerait, plus ou moins localisé, toutes les fois que serait réalisée une compression des racines, du tronc ou des branches de l'artère pulmonaire.

THÉORIE NERVEUSE DE BAUR (1912). — Dans les paralysies du type radiculaire supérieur de Duchenne-Erb, il existe en effet une déformation de l'ongle et une flaccidité remarquable de la pulpe du doigt.

THÉORIE DE L'HYPOTENSION ARTÉRIELLE DE RONCATO (1927). — Il a constaté un abaissement constant de la tension artérielle dans le membre présentant des formes hippocratiques. La stase existe, mais par défaut d'impulsion artérielle.

De ces diverses hypothèses, quelle est celle qui répond au plus grand nombre de cas, et répond le mieux à nos diverses observations?

La théorie trophique, même si elle n'était pas combattue par les mensurations d'Esbach (1876), Pierre Marc et Béhaque (1917) et Campbell (1924) poserait à rebours le problème de trophicité.

Des deux théories de Pigeaux, la première nous paraît la plus intéressante. L'hématose comprenant, ainsi que le formule Béchère, la fixation de l'oxygène et le dégagement de gaz carbonique, et l'une de ces deux fonctions étant compromise dans toutes les maladies pulmonaires cardiaques ou vasculaires qui s'accompagnent le plus souvent de doigt hippocratique, on peut bien en voir là l'origine possible. Mais comment expliquer certains cas d'hippocratisme dans des cirrhoses biliaires ne s'accompagnant d'aucun autre trouble vasculaire, comme c'est le cas des malades présentés par Chatinet, Cade, Inguiltena et Taylor, Parmentier et Castaigne? Comment interpréter les observations de Weber et de Eisberg, qui, dans plusieurs familles dont presque tous les membres, d'ailleurs en parfaite santé, présentaient des doigts hippocratiques, constatèrent l'indépendance absolue, et même paradoxale, de la capacité respiratoire et de l'intensité des déformations.

En ce qui concerne la formation de l'œdème, outre qu'il n'est pas signalé par la plupart des auteurs, sauf Campbell, le mécanisme en est difficile à concevoir.

Labalbarry l'explique par un dépôt de toxines tuberculeuses au niveau de la pulpe, et une stase séreuse qui viendrait corriger cette concentration. Peut-on assimiler des toxines à des produits solubles susceptibles de mettre en jeu les manifestations de l'isotonie?

Roncato, sans critiquer la théorie d'Esbach, qu'il ne formule d'ailleurs pas, donne comme une réalité anatomo-pathologique constante l'épaississement des parois des veinules et la prolifération de leurs vaisseaux nourriciers. S'il y a donc déchéance vasculaire, ce n'est pas sans un processus de compensation, et l'insuffisance des vasa-vasorum ne peut être mise en cause.

L'hyperglobulie asphyxique, incriminée par Galaine, est-elle une réaction de défense, l'organisme luttant contre la difficulté des échanges par la multiplication de leurs agents, ou bien est-elle le résultat de la faiblesse du courant san-

guin? On ne peut nier l'existence de cette hyperglobulie. Vedel (1896) la signale, et les numérations systématiques de Roncato (1927) donnent une différence variant de 400.000 à 800.000 par millimètre cube entre le nombre de globules rouges du sang de la pulpe du doigt hippocratique et celui du lobule de l'oreille. Notons cependant que tous les chiffres qu'il donne, sauf un, sont inférieurs au chiffre normal de 5.000.000 par millimètre cube, puisqu'ils varient suivant les diverses maladies entre 3.200.000 et 4.200.000, ce qui permettrait de pencher plutôt vers l'hyperglobulie par stase des éléments figurés du sang.

La théorie de l'auto-intoxication locale, de Legendre, a l'avantage d'englober les défauts de combustion et le défaut d'élimination du gaz carbonique; elle a l'avantage de cadrer avec l'activité incessante nécessaire à la croissance de l'ongle. Cette activité n'est pas négligeable, puisque la croissance en est troublée dans certaines maladies aiguës et que Guenther fait de la reprise normale de la formation cornée un signe de consolidation des fractures (d'après Ulmo y Tuffier). Elle cadre aussi avec les constatations anatomo-pathologiques les plus généralement admises : dilatation et multiplication des capillaires veineux, c'est-à-dire des capillaires de drainage.

Une compression veineuse siégeant sur les racines de l'artère pulmonaire peut bien aboutir à la réalisation de ces troubles locaux des échanges respiratoires, mais, dans ces compressions des veines, réalisées par la méthode de Bier, la dilatation commence par le bout proximal du vaisseau et non par les capillaires veineux. Ils nous paraît donc qu'il faille réserver le premier membre de la théorie de Bécère aux cas où la dilatation du tronc des veines périphériques existe, comme dans les observations de Souques (1919), de Meygret (1903) et de Giugni (1911).

Les paralysies avec amyotrophie s'accompagnent, comme l'a bien vu Bauer, d'une incurvation de l'ongle rappelant assez bien la griffe hippocratique. Mais ici, le mécanisme

nous paraît différent. Il y a fonte des parties molles, encore drainées alors que l'ongle est complètement isolé du milieu vital. La substance cornée est entièrement éliminée, et l'ongle ne participe que tardivement à la rénutrition de la phalange. Il se trouve donc trop grand sur une base trop petite, et l'usure par les agents extérieurs est réduite au minimum par l'inertie du membre. S'il bascule, ce n'est plus parce que sa base est refoulée, mais parce que son extrémité est attirée par l'atrophie, alors que sa racine repose sur la base élargie de l'os phalange.

Roncato a établi la constance d'un élément intéressant : l'hypotension artérielle chez tous les sujets examinés par lui porteurs de doigts hippocratiques ou atteints de maladies qui s'en accompagnent souvent et constate que le relèvement de la tension artérielle coïncide avec la régression des symptômes d'hippocratisme digital. Rappelons à ce sujet qu'Esbach invoquait déjà en 1876 l'influence retardante d'une bonne activité cardiaque. Cette hypotension artérielle verrait ses effets accentués par une stase veineuse capillaire. Il reste à trouver la cause, sur place ou dans la circulation de retour, de cette stase veineuse mal combattue par le flux sanguin artériel.

ESSAI DE PATHOGENIE

Résumons d'abord les conditions anatomo-pathologiques démontrées dans cette déformation :

- 1° Dilatation des capillaires veineux;
- 2° Néoformations capillaires veineuses;
- 3° Polyglobulie locale;
- 4° Transsudation séreuse.

Tous ces phénomènes sont limités à la pulpe de la phalange et surviennent chez des sujets hypotendus par troubles locaux (anévrismes) ou troubles généraux dus à une maladie cachectisante.

Un deuxième facteur s'ajoute :

- a) Chez les premiers, des troubles sympathiques ou des troubles de compressions veineuses;
 - b) Parmi les autres, nous distinguerons :
troubles de compressions veineuses;
 - α. Les anoxhémiques : tuberculeux pulmonaires, bronchitiques chroniques, bronchectasiques et cyanotiques congénitaux;
 - β. Les toxhémiques : endocardites chroniques à poussées évolutives, cirrhoses biliaires.
 - a) Les troubles sympathiques agissent en amenant une vaso-dilatation des capillaires périphériques, électivement localisée aux extrémités, point d'aboutissement de l'excitation.
- Les compressions veineuses, et nous ne comprenons dans cette catégorie, parmi nos observations, que celle de Souques (obs. IV), provoquent la vaso-dilatation par stase.
- b) Ici, il s'agit d'une intoxication locale agissant sur la

vaso-motricité, soit qu'il s'agisse de l'action vaso-motrice générale des produits bactériens, démontrée par Bouchard, soit qu'il s'agisse d'une paralysie des capillaires non sollicités par l'équilibration des teneurs du sang artériel et du sang veineux en oxygène et en CO².

Que cette vaso-dilatation capillaire existe, résultant de l'une ou de l'autre des causes que nous venons d'exposer, en coexistence avec une tension artérielle insuffisante, et les conditions de production du doigt hippocratique se trouvent réalisées.

La transsudation séreuse, œdème de Pigeaux ou de Campbell, est facilitée à la pulpe du doigt par la laxité du tissu cellulaire péri-osseux. Cette laxité existe aussi à la pulpe des orteils, mais à un degré moindre, ce qui explique que les déformations débutent par les doigts et ne touchent les orteils que tardivement.

Les néoformations capillaires veineuses ne sont qu'un système de défense pour assurer une meilleure nutrition d'une région insuffisamment irriguée. Elles suffisent, à elles seules, à expliquer la bascule de l'ongle, suivant le mécanisme invoqué par Pigeaux et Esbach.

Enfin, la polyglobulie locale résulterait du ralentissement de la circulation, favorisant la stagnation locale des éléments figurés.

Nous voudrions, en terminant cet essai, étudier un peu la deuxième observation de P. Marie et Béhague (obs. III), puisque les déformations sont ici d'origine tout à fait locale. Il s'agit de troubles douloureux inflammatoires de l'articulation phalangino-phalangenienne du troisième orteil. Sans expliquer davantage le *tumor, calor...* des anciens et de tous les temps, nous comprenons fort bien comment ses effets se font plus particulièrement sentir à proximité du cul-de-sac vasculaire constitué par les extrémités des membres. Ne pourrait-on pas établir une relation entre ces lésions par arthrites et les déformations si fréquentes dans les cas de panaris et tumeurs, d'une part, et celles de l'ostéo-arthropathie

hypertrophiante pneumique, d'autre part. Cette maladie, évoluant par poussées douloureuses, chez des sujets infectés, nous paraît pouvoir réaliser la déformation hippocratique par le double mécanisme de l'hypertrophie osseuse et de la congestion inflammatoire. Il ne nous paraît pas illogique d'admettre que l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique soit la cause provocatrice de la forme hippocratique et non pas un degré plus accentué de cette déformation.

Les déformations des parties molles, indolores et susceptibles de régressions, ne nous apparaissent que comme un symptôme; celles de l'os, douloureuses et définitives, comme de vraies lésions.

CONCLUSIONS

I. — Il ne nous paraît pas que la forme hippocratique des phalangettes puisse être réalisée par un facteur pathogénique indépendant.

II. — La stase capillaire veineuse, électivement limitée à la pulpe du doigt, et mal combattue par une tension artérielle déficiente, en est la cause provocatrice locale.

III. — Cette stase capillaire ne succède que rarement à la réplétion exagérée des troncs veineux situés en aval.

Elle se réalise sur place sous l'influence d'actions vasomotrices d'origine sympathique.

IV. — Ces troubles sympathiques sont dus, soit à des compressions, soit à des intoxications d'origine exogène, endogène ou autogène.

V. — Sans préjudice des différences étiologiques, la forme hippocratique ne nous apparaît que comme un symptôme constant et obligatoire de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie, qui constitue vraiment une lésion.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. MAURIAC.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 14 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER et SINCK. — De la rétrocession possible des doigts en baguettes de tambour. *Medizinische Klinik*, t. XXIII, n° 36, sept. 1927.
- ALQUIÉ. — Sur la forme des doigts comme un signe. *Gaz. méd.*, Paris, n° 40, 1838.
- ANCEL. — Des ongles. Anatomie, physiologie, pathologie. Thèse Paris, 1868.
- APOSTOL. — *Presse méd.*, 26 juill. 1924.
- BACULESCO et CANCULESCO. — Anévrisme artério-veineux de l'humérale droite et déformations hippocratiques des doigts. *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Bucarest*, 21 janv. 1920.
- BEAU. — Caractères séméiologiques rétrospectifs tirés de l'état des ongles.
- BÉCLÈRE. — La pathogénie du doigt hippocratique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1^{er} juill. 1904.
- BENISTY (Mme Athanassée). — Déformations de la main par blessure des nerfs. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1913-1916.
- BERNHARD. — *Berliner Klinisch. Woch.*, 1906, n° 12.
- BEZANÇON et DE JONG. — Doigt hippocratique et ostéopathies hypertrophiantes pneumiques. Extrait des *Arch. générales de méd.*, déc. 1904.
- BIZARD. — Déformations du doigt en radis. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893.
- BOUCHARD. — Action vaso-motrice des produits bactériens. *C. R. des séances de l'Acad. des sciences*, 2^e séance 1891, p. 354.
- BOUTRON. — Du doigt hippocratique dans les cirrhoses biliaires. Thèse de Paris, 1899.

- BRESSELLE (L.). — Le doigt hippocratique dans les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1903-1904.
- BUHL. — *Lungen Entzündung*, 1872, p. 159.
- CAMPBELL. — The hippocratic fingers. *British medical journal*, London, 26 janv. 1924.
- CARON. — Les doigts hippocratiques. De leur cause et de leur valeur séméiologique. *Gaz. des hôp.*, 1863.
- CHATIN-CADE. — Déformations hippocratiques avec lésions osseuses dans la néphrite et la cirrhose biliaire. *Lyon médical*, 1901.
- CHEVALLIER. — Acrodactylie hypertrophiante. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1914-1915.
- COMBOY. — Traité des maladies de l'enfance.
- COTTON. — Clubbed fingers as a sign of subacute infection endocarditis. *Heart*, London, 1921-1922.
- EISELBERG (V.). — K. K. Gesellsch. der Aertze. Vienna, 16 juin 1911.
- ESBACH. — Modifications de la phalangette dans la sueur, le rachitisme et l'hippocratisme. Thèse de Paris, 1876.
- FLUCKIGER. — *Wiener Med. Woch.*, 1884.
- FREYTAG. — Vide. symes. Thompson. *Med. Chirurg. Trans.*, London, 1904, XXXVIII.
- FUNCK (E. H.). — Clubbing of the fingers with hypertrophic pulmonary osteopathy. *Medical clinics N. Am.*, 1921.
- GALAINÉ. — Le doigt hippocratique. Thèse Paris, 1895.
- GALLAVARDIN et GRAVIER. — *Presse méd.*, 1^{er} févr. 1928.
- GALLAVARDIN et LAUGERON. — Cardiopathies et endocardites infectieuses. *Lyon médical.*, 1921.
- GAY-SMITH. — *Path. soc. Trans.*, XXIII, 78, 1872.
- GENOVA. — A propos de 2 cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Thèse Montpellier, 1899-1900.
- GERDY. — Anatomie des formes extérieures, 1829.
- GILBERT et FOURNIER. — *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, 1895.
- GIAGOULD. — Déformations hippocratiques des doigts. Thèse Toulouse, 1898.
- GIUGNI. — *Revista de clinica medica*, 1911.
- GOURAUD (Marie). — Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. *Bull. de Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 21 août 1889.

- HARVIER. — Hippocratisme digital et endocardites infectieuses. *Paris médical*, déc. 1930.
- HATZIEGANU. — Endocardites latentes et endocardites récidivantes. *Bull. et méd. de Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1923, p. 399.
- HIRTZ et MERKLEN. — *Presse méd.*, 26 avril 1899.
- JACQUEMIN. — L'inversion de la formule thermique et l'hippocratisme dans les vieilles pleurésies interlobaires. *Bull. méd.*, Québec, mai 1921.
- JAMET. — L'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, en particulier chez les enfants. Thèse Paris, 1892-1893.
- JOLYET et SELIER. — Hyperglobulie asphyxique. Soc. de biol., 18 mai 1895.
- LABRIT. — Du doigt hippocratique dans les affections cardiaques et pulmonaires non tuberculeuses de l'enfance. Thèse Bordeaux, 1898-1899.
- LAIGNEL-LAVASTINE et V. BALLET. — *Presse méd.*, 18 juill. 1918.
- LEGRAIN. — Pathologie spéciale des indigènes sahariens. *Rev. méd. de l'Afrique du Nord*, 1898.
- LEMERCIER. — Maladies chroniques réalisant le syndrome de Pierre Marie. Thèse Paris, 1901-1902.
- LE NOIR et BAIZE. — *Presse méd.*, 29 sept. 1928.
- LE NOIR, BAIZE et BOQUIEN. — Endocardite maligne lente simulant une néphrite hématurique. *Bull. et méd. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 15 juin 1928.
- LERI-PAYANI et POTTIER. — *Bull. et méd. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 16 nov. 1925.
- LIEBERMEISTER. — Vide symes Thompson and Rolleston's system of medecine, 1907, III, p. 67.
- MARIE (P.) et BÉHAGUE. — Déformations hippocratiques d'une seule main. Déformation d'un seul orteil. *Rev. de neurol.*, 1917, I, p. 252.
- MARFAN. — Tuberculose pulmonaire. Traité de médecine de Charcot-Bouchard-Brissaud. T. IV, p. 692 et suiv.
- MARTIN et BOCCA. — *Lyon médical*, 1922, p. 342.
- MASSALONGO. — *Atti del R. Istituto*, Veneto, 1915-1916.
- MAYEUX. — Hippocratisme chez l'enfant. Thèse Bordeaux, 1900.

- MEYGRET. — La pathogénie du doigt hippocratique. Thèse de Paris, 1905-1906.
- MOLINE. — Les déformations hippocratiques des doigts dans l'endocardite infectieuse à forme prolongée. Thèse de Lyon, 1920-1921.
- OETTINGER. — Anévrisme de l'aorte. Traité de médecine de Charcot-Bouchard. Brissaud, t. V.
- PARKES WEBER (F.). — *International clinics Philadelphia*, series 28, p. 126, 1918.
- PARMENTIER-CASTAIGNE. — *Bull. et mém. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 26 mars 1901.
- PERASSI. — Dita a martello. Patogenesi-cura operativa. *Anna di medico nav. a Roma*, 1903.
- PICHARD. — Sur les déformations des doigts survenant au cours de certaines maladies de l'appareil respiratoire. Thèse Paris, 1899.
- PIGEAUX. — Recherches sur le développement fusiforme de l'extrémité des doigts. *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXIX.
- PIGNEY. — Sur un cas d'hippocratisme unilatéral. Thèse de Paris, 1920.
- RASCOL. — Contribution à l'étude des ostéo-arthropathies hypertrophiantes pneumiques. Thèse de Bordeaux, 1902-1903.
- RATHERY. — Syndrome de Raynaud avec ostéopathies au cours de tuberculoses pulmonaires. *La Clinique*, 10 oct. 1913.
- REGNAULT. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1919, et *Revue de neurol.*, 1921, p. 924.
- REYNAUD et AUDIBERT. — Recherches cliniques et radiographiques sur six cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. *Arch. prov. de chir.*, 1^{er} janv. 1901.
- ROCA. — Dedo en martillo. *An. san. milit. Buenos-Aires*, 1904.
- RONCATO. — Contributo alla conoscenza et alla genesi delle dita ippoeratiche. *Riforma medica*, 24 mars 1927.
- SARTORY-MEYER. — Contribution à l'étude des onychomycoses. *Strasbourg médical*, oct. 1930.
- SCOTT. — Hammer finger. Seven cases occuring in one family. *Trans. medico-chirurg. Society Glasgow*, 1903-1904.

SERRE. — Séméiologie médicale des déformations digitales. Thèse de Paris, 1895-1896.

SORREL-Mme SORREL-Vié. — Ostéite engainante. *Soc. anatom.*, 10 juin 1922.

SOUQUES. — Déformations hippocratiques et varices du membre supérieur. *Bull. et mém. Soc. méd. Hôp. de Paris* mars 1919.

ULMO y TUFFIER. — Considérations sur les ongles. Thèse de Paris, 1873.

VEDEL. — *Presse méd.*, p. 697, 1896.

VERNOIS. — *Arch. générales de méd.*, 1839, t. VI, p. 310.

WEBER. — The occurrence of clubbed fingers in heathy persons as a famialial peculiarity. *Brit. medical journal, London*, 1919, p. 379.

WEST. — *Clin. Soc. Trans.*, XIII, 78, 1872.

